

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 194-0204

所在地 東京都町田市小山田桜台2丁目5番地20-106

評価機関名 特定非営利活動法人 医療・介護情報ネットワーク

認証評価機関番号

機構 02 - 052

電話番号 042-797-5403

代表者氏名 理事長 片倉日出男

以下のとおり評価を行いましたので報告します。



評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		修了者番号
	①	稲垣光江	H0502012
	②	工藤陽子	H1801052
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
福祉サービス種別	認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】(介護予防含む)		
評価対象事業所名称	木曾東グループホーム園	指定番号	1393200421
事業所連絡先	〒	194-0036	
	所在地	東京都町田市木曾東1-37-36	
	TEL	042-785-5685	
事業所代表者氏名	管理者 神林洋史		
契約日	2019年 9月 13日		
利用者調査票配付日(実施日)	2019年 9月 13日		
利用者調査結果報告日	2019年 12月 10日		
自己評価の調査票配付日	2019年 9月 13日		
自己評価結果報告日	2019年 12月 10日		
訪問調査日	2019年 12月 26日		
評価合議日	2020年 1月 15日		
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	①利用者調査は場面観察調査と併せて、家族アンケート調査も実施した。②場面観察調査は、評価者2名で利用者の生活の様子と職員の関わり方を観察し、アンケート調査は、事業所から家族に調査票を配布してもらい、回答は郵送により評価機関宛てに回収した。③事業評価では、経営層合議、職員自己評価、利用者調査等の結果データを評価項目ごとに2ページに集約し、「聴取したい事項」と「確認したい資料」をリストアップするなど、評価の作業時間の効率化に努めた。		

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

2020年 1月 27日

事業者代表者氏名 社会福祉法人創和会 理事長 西嶋公子



1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ol style="list-style-type: none">1) 私たちは利用者の尊厳と自立を大切にします。2) 私たちは利用者のあらゆる可能性を信じて、自己実現へ向けてサポートします。3) 私たちは身体拘束ゼロの介護を目指します。4) 私たちは利用者と共に社会性豊かな暖かく安心できる生活環境を築いていきます。5) 私たちは地域社会と共に成長し、地域社会への貢献に努めます。
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1) 職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none">・入居者本位で考えて行動できる人。・入居者は勿論のこと職員間のコミュニケーションを大切にしていよい人間関係が築ける人。・多少の困難があっても前向きに考えて自分のできることを実行できる人。 <p>(2) 職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none">・入居者それぞれにあった生活の援助ができる人。・法令を遵守し、かつ柔軟に対応できる応用力を備えていること。・職員自身が自立した人間として成長できるよう学ぶ姿勢を持ち続けること。

調査対象

在籍者18人全員を調査対象として実施した。属性は、女性14名男性4名、平均年齢86.18歳、平均介2.29度、平均利用年数1年9か月、車いすを常時使用するものが1名で、排泄介助を要する人が15名であるが、全員が食堂で食事することが可能となっている。

調査方法

家族アンケート方式と場面観察方式を併用して調査をした。家族アンケートは事業所より利用者家族に配付してもらい、回答票は評価機関へ直接郵送する方式で実施した。場面観察方式は、評価者2名が10時から14時まで、2つのユニットを観察した。

利用者総数	18
利用者家族総数(世帯)	18
共通評価項目による調査対象者数	18
共通評価項目による調査の有効回答者数	11
利用者家族総数に対する回答者割合(%)	61.1

利用者調査全体のコメント

総合的な感想では、「大変満足」が36%、「満足」が55%、「どちらともいえない」が9%で、「満足」以上の回答が91%という高い満足度が得られた。全体の設問を通して満足度が一番高い設問は、「家族への情報提供はあるか(問1)」「事業所の清掃、整理整頓は行き届いているか(問2)」「職員の接遇・態度は適切か(問3)」「利用者のプライバシーは守られているか(問7)」の4項目において、「はい」の回答が100%である。一方「はい」の回答が低い設問は、「外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか(問11)」で、55%に留まっている。

場面観察方式の調査結果

調査の視点:「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

- ①食席から離れ、落ち着かない様子のAさん。キッチンに行き、カウンターから職員の調理の様子を見ている。職員が「どうしたの?」と声をかけるが返答がない。「Aさん、お茶が残っていますよ。飲んでくださいね」の声かけも返事がない。「Aさん、ツナサラダにしましょうか?」と尋ねると、頷き、一言、二言つぶやく。
- ②職員が「歌でも唄いましょうか」と提案する。「Bさん、音頭お願いします」と声をかける。Bさんは慣れた様子で「では、いきますよ。はい、せーの」とかけ声をかける。ウロウロ歩いていたCさんも歌いだす。

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

- ①Aさん(男性)が、カウンターから離れなかったのは、職員が調理する様子に興味や関心を持ったのだろうと感じた。職員はお茶を飲みに戻らないAさんの様子を察して「ツナサラダにしましょうか?」と調理に関する声かけに変えたと思われる。Aさんにとって間接的ではあるが、調理に参加できたという満足感を得ることができ、職員の言葉に対して、頷きや言葉を発するなどの行動が見られたと推察できた。
- ②Bさんは、生活の中での役割として、歌のかけ声を担っており、自信を持って役割を果たしていた。ウロウロと何をやるわけでもなく無表情で歩いていたCさんが歌いだしたのは、仲間の元気な声にスイッチが入ったと思われる。表情はさほど変化がなかったが歌を楽しんでいるように見受けられた。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

①Aさんは直接調理に関わることは難しい方ですが、食事の準備をしているとカウンター越しにキッチンによく来られる方です。コミュニケーションや意思疎通がスムーズにできない面もありますが、場面から読みとってもらったように職員の声掛けや対応でAさんも納得というか満足してもらえたのかなと思いますので、あらためて相手の気持ちを考えてのコミュニケーションや声掛けがとても大事なことを再認識しました。

②ではBさんの普段からの役割の場面を見てもらうことができました。職員ではなく、Bさんのかけ声でCさんにもよい影響があったと推測されていることは、なかなか日常からいる職員では気が付かなかった視点かもしれません。入居者さん一人ひとりがそれぞれ何かしらのかたちで主体的な役割を持っていけるようなホームにしていきたいと思いました。

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 家族への情報提供はあるか	11	0	0	0
回答者の全員が「はい」(100%)と答えている。「現状で結構です。ありがとうございます」「施設からのお便りには、いつも母親の状況が書かれています」「月1回、請求書に2~3行のメモが同封されてきます」というコメントが寄せられている。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	11	0	0	0
回答者の全員が「はい」(100%)と答えている。「自室の服の整理もとても良く整えてもらっています」「施設を訪れたときに散らかっていたことはありません」「他の所がわからないので比較はできません」というコメントが寄せられている。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	11	0	0	0
回答者の全員が「はい」(100%)と答えている。「母親に対しての言葉遣いや態度等に不満はありません。母親も施設の方を信頼しているようです」「適切かどうかわかりませんが、不快感はありません」というコメントが寄せられている。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	0	1	0
「はい」が91%、「いいえ」9%である。「体調が悪くなった時は大変お世話になりました」「血便が出たときに、施設でどのように対応したか説明をしてくれました。病院で検査した後も、その後の様子をしっかりと連絡してくれました」というコメントが寄せられている。一方で、「所内ルール・基準がないので、個々のスタッフが戸惑っているように見えます。対応マニュアルの作成が必要です。仮にあったとすると、より問題でしょう。利用者家族には知られていません」というコメントが寄せられている。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	9	0	1	1
「はい」が82%「いいえ」9%「無回答・非該当」9%である。「問のような場面に遭遇したことはありません」というコメントが寄せられている。一方で、「スタッフは認知症の専門知識が乏しいと思います。パートスタッフを最低賃金で募集するので、仕方がないのかもしれませんが」というコメントも寄せられている。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	10	1	0	0
<p>回答者の91%が「はい」と答えている。「どちらとも言えない」9%「いいえ」の回答は皆無である。「決して行動を強制することなく、本人がやろうとするように対応してくれていると思います」というコメントが寄せられている。一方で、「スタッフによると思います。職員全員を平均化して答えることはできませんし、そうすべきではないと考えます」というコメントが寄せられている。</p>				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	11	0	0	0
<p>回答者全員が「はい」と答えている。「プライバシーが守られていないということはありません」というコメントが寄せられている。</p>				
8. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	10	1	0	0
<p>回答者の91%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」9%「いいえ」の回答は皆無である。「計画を作成するにあたっては要望があるか毎回確認してもらっていますので、特に不満はありません」というコメントが寄せられている。一方で、「家族の状況を理解してくれているとはあまり思えない」「『聞いてくれますか』の間には『聞いてくれます』よ、でもそれは実行していただける、とは違います。この間を作成された方は、要介護3、4、5の内容をおわかりですか」というコメントが寄せられている。</p>				
9. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	10	1	0	0
<p>回答者の91%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」9%「いいえ」の回答は皆無である。「サービス内容が変わらないので最近の詳細な説明はありませんが、特に不満はありません」「毎回同じなので」「誰の説明ですか」というコメントが寄せられている。</p>				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	9	2	0	0
<p>回答者の82%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」18%「いいえ」は皆無である。「特に不満を感じません。外出させたい時にはしっかりと対応してくれています」というコメントが寄せられている。一方で、「施設側の要求をやりわりと了承方向で進められる」というコメントが寄せられている。</p>				
11. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	6	2	2	1
<p>回答者の55%が「はい」と答えている。「どちらとも言えない」18%「いいえ」18%「無回答・非該当」9%である。「聞いたことがあるように思いますが・・・」「困ったことがないので非該当です」というコメントが寄せられている。一方で、「役所や第三者委員などで、そのような人はいるのですか。市役所職員は基本3年、長くて5年で職場が変わるのですよ。専門家はいませんよ」というコメントが寄せられている。</p>				

I サービス提供のプロセス項目（サブカテゴリー1～3、5～6）

No.	共通評価項目		
サブカテゴリー1			
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	4 / 4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		○非該当
◎あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている		○非該当
◎あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		○非該当
◎あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している		○非該当
サブカテゴリー1の講評			
<p>パンフレット、法人機関紙など多彩な媒体を通して事業所の情報を発信している</p> <p>利用希望者等に対しては、事業所パンフレット、法人ホームページ、SNS、法人機関紙などで事業所情報を発信している。パンフレットは「園」の意味や法人理念のほか、事業所の様々な画像を掲載し、分かりやすく紹介している。法人ホームページの施設紹介のグループホームからも情報を知ることができ、法人シンボルマークのリンゴの木に掲載してあるスタッフの顔写真も閲覧できる。また、ホームページのSNSからは事業所の最新の行事の様子など発信している。年4回発行の法人広報誌「けあなる」にも事業所情報を掲載している。</p> <p>行政や運営推進会議、グループホーム連絡会などにも情報提供している</p> <p>町田市介護保険情報案内の情報誌に掲載するために、町田市に事業所の情報を提供している。その情報誌は、行政窓口や町田市高齢者支援センター（12か所）、あんしん相談室（12か所）で無料で配布しており、利用希望者なども見ることができる。また、年6回実施している運営推進会議（自治会長、児童民生委員、老人会長、高齢支援センター職員、利用者、家族代表で構成）で事業所の情報を報告している。さらに、市内のグループホーム連絡会に出席し、情報交換をしている。</p> <p>見学の要望には、できるだけ日程に合わせて時間を十分にかけて対応している</p> <p>利用希望者等の問い合わせや見学は月1件くらいある。問い合わせの際には、空き情報の案内やパンフレットを送付している。見学の要望には、できるだけ見学希望の日程に合わせ、昼食時間を避けて10時から16時の間に管理者か介護支援専門員を中心に対応している。パンフレット、料金表を渡して、1日の流れ、職員人数、料金などを説明し、事業所内の案内を行い利用者の居室も見学している。事業所内に利用者の行事のなどの写真（約60枚）が掲示しており、見学者に説明している。申し込み希望者には「入居申込書」の記入をお願いしている。</p>			

サブカテゴリー2

2 サービスの開始・終了時の対応

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

7/7

評価項目1

サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当

評価項目2

サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当

サブカテゴリー2の講評

利用開始時にサービス内容や利用料金等の他に重度化対応(看取り)の説明もしている

利用開始時には、管理者が重要事項説明書、契約書、「入居時に準備していただく書類や物品について」を用いて、主に家族に、基本ルール、サービス内容、利用料金、持ち物など約2時間かけて丁寧に説明をして同意を得ている。その際に、利用者の個人情報の利用目的や情報の提供先などの説明も行い、「個人情報提供同意書」や利用者の病状が急変した場合の「緊急時連絡先記入書」を得ている。また、「重度化対応(看取り)意向確認書兼指針内容同意書」の説明をして変更できる旨を伝え、意向の確認をしている。

利用開始直後の環境変化の利用者の不安やストレスの軽減に細やかな支援をしている

サービス開始にあたり、自宅や入所先を管理者、ユニットリーダー、介護支援専門員(ケアマネジャー)が事前訪問し、利用者・家族の状況や利用者の性格・生活歴・趣味などの情報を収集している。その情報をユニットの職員に申し送りしている。サービス開始時は、以前の生活のようにベッドの位置を同じようにしたり、使い慣れた家具、装飾品やぬいぐるみ、茶碗、お椀、箸など愛着のあるものを持ってきてもらうなど生活の継続性に配慮している。さらに、見守りや声掛けを多くして安心感につなげ、家族には入居直後の利用者の様子を随時連絡している。

サービス終了時には、移行先に情報提供をして支援の継続性に配慮している

重要事項説明書に「契約の終了」事項を明記し、契約終了事由を挙げている。昨年度の利用終了者は、介護度が高くなり介護老人福祉施設に入所が1名、医療機関への入院が1名、死亡が1名となっている。他施設などに移行する際には、ご家族に了承を得て移行先の担当者に情報提供をして支援の継続性に配慮している。また、昨年度、「重度化(看取りケア)実施」の同意書を得ている利用者・家族の1名の看取りをしている。「重度化(看取り)指針」に沿って看取り、必要に応じて葬儀連絡、相談対応など家族支援をしている。

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた計画策定・記録 サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況 10/10

評価項目1
定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(000)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
◎あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当

評価項目2
利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している 評点(000)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
◎あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当
◎あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当

評価項目3
利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(00)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○非該当
◎あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当

評価項目4
利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(00)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
◎あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当

サブカテゴリ3の講評

事前面接した情報をもとにアセスメントシートを作成、定期的な見直しを行っている

利用者の心身状況や生活状況の情報については、事前面接で聞き取ってアセスメントシートに記録している。それを基にして、健康状態、ADL、IADL、認知、コミュニケーション能力など13課題の「課題分析(アセスメント)概要」を作成している。さらに、必要に応じて、より利用者本人の思いや行動を深く理解できるように、認知症ケアの「センター方式」のアセスメントシートも利用し、精神科医の来診時にシートを見てもらっている。アセスメントの見直しは、ケアプランの更新時に行っている。

利用者・家族の要望を入れたケアプランを作成、緊急に変更する仕組みも整えている

アセスメントに基づき、利用者・家族の要望も取り入れたケアプランをケアマネジャーが作成している。ケアプランは課題に対しての長期・短期目標、期間、援助内容を記入し、日課表を作成して実施している。見直しは、3か月、6か月、介護認定更新時に、サービス担当者会議(利用者・家族・ケアマネジャー、居室担当、ユニットリーダー参加)を開催して、ケアマネジャーがケアプランの評価(モニタリング)をし、次のケアプランにつなげている。緊急に変更する場合は、退院時、区分変更時、看取りケア時に担当者会議を行い更新する仕組みを整えている。

利用者状況などに関する情報を多様な方法で共有化を図って支援している

利用者に関する情報、アセスメント、ケアプラン、介護記録などは全て介護支援システムに入力し管理している。職員は各ユニットのパソコンで閲覧可能になっている。精神科医の受診をしている人の記録は手書きで記録し状態を分かるようにしている。利用者の申し送り事項や変化があった場合などは、申し送りノートや職員の交代時(朝9:00、午前中10:30、夕方16:30)に口頭で引継ぎを行い共有化を図っている。申し送りノートは出勤時に必ず閲覧、サインをしている。他にスタッフ会議やユニット会議でも利用者情報を共有している。

サブカテゴリー5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

5/5

評価項目1

利用者のプライバシー保護を徹底している

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
◎あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当

評価項目2

サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点(〇〇)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当

サブカテゴリー5の講評

「個人情報提供同意書」「個人情報に関する誓約書」整備し、個人情報を管理している

法人で「特定個人情報等の適正な取り扱いに関する基本方針」を定め、「特定個人情報取り扱い規程」を策定している。事業所は利用者に関する情報を外部とのやり取りに備え、「個人情報の利用目的」や「個人情報提供同意書」を整備し、契約時に利用者、利用者代理人から同意書を得ている。同意書には利用目的のほか、提供先も具体的に明示してある。入職時には、法人で実施している新人職員研修で、遵守すべき事項として個人情報の守秘義務を学んでいる。職員やボランティアからは「個人情報に関する誓約書」を得ている。

利用者のプライバシーや羞恥心に細やかに配慮した支援に取り組んでいる

利用者のプライバシーの配慮としては、パンフレットや法人広報誌の利用者写真の掲載については、契約時に口頭で了解を得ているが、その都度利用者・家族から了承を得ている。居室に入る際は、原則としてノックをし、利用者に許可を得ている。外部の見学者などに居室を見せられる際にも利用者に同意を得ている。利用者の羞恥心については、女性利用者の入浴、排泄介助は同性が行い、男性利用者には、同性介助の入浴希望であれば対応している。できるところはできるだけ本人にしてもらい、背後から介助するなど羞恥心の配慮をしている。

独自の「職員としての心構え」を掲示し、利用者本位のその人らしい支援をしている

各事務室に「創和会職員としての心構え」を掲示している。その一つに「利用者第一を考えたサービス提供を忘れない」があり、職員は利用者の立場に立って支援をしている。例えば、リクレーション活動の参加や入浴拒否には、本人の意思を尊重して無理強いはいないようにしている。食事時間は決まっているが、朝起きるのが遅い利用者には時間をずらして提供する配慮をしている。居室内では喫煙禁止であるが、外の指定場所の喫煙は認めている。新聞を毎日読む習慣の利用者には、購読できるようにするなどその人らしい生活の支援をしている。

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

5/5

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当

サブカテゴリ6の講評

職員が担当して作成したマニュアルを各事務室に置き、不足分をその都度作成している

業務マニュアルは、事業所開設時に各職員に担当を割り分けて全員が参加して作成している。新聞受け、申し送り、夕食準備、おやつ、水分摂取、配薬など38項目の業務に関しての手順をまとめている。そのマニュアルは一冊のファイルにして各ユニットの事務室に置き、いつでも確認できるようにしている。マニュアルの不足が出てきた際には、その都度作成している。今年度は、利用者の持ち物の紛失があり、「持ち物チェック表」を作成している。救急救命の講習会の実施を活かしたマニュアル作成など、研修や介護記録の気づき反映するとより充実できる。

職員意見を反映し、マニュアル見直しや支援方針など業務の見直しをしている

事業所は、ユニット会議(原則2か月に1回)、スタッフ会議(月1回)を実施している。ユニット会議では、事例検討も行き業務の見直しも行って。スタッフ会議は、業務連絡事項のほか研修報告も行い業務の維持・向上を図っている。事例として、職員会議での職員意見から、配薬マニュアルを見直し、チェック体制を強化するなど業務水準の見直しを図っている。また、支援の取り組みにおける課題点を話し合い、管理者が明文化して職員に伝え統一した支援ができるよう見直している。

サービスの向上を目指し、年度末に事業計画を総括して業務改善につなげている

サービスの向上を目指し、年度末に事業計画を総括している。事業計画の6つの計画目標に対して、実施できたこと、実施はしたが、やり残した点の理由も含め「実績」として具体的に整理をしてまとめている。やり残したところの課題点を次年度に反映し、業務の向上につなげている。今後は、年度初めに事業計画を職員に周知し、一丸となって取り組み、次年度の事業計画の作成時にも職員の関わりが持てる方向にもっていくと、より一層のサービス向上につながる。

II サービスの実施項目(サブカテゴリー4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	23 / 23
1 評価項目1 認知症対応型共同生活介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 個別の認知症対応型共同生活介護計画に基づいて支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている	○非該当	
評価項目1の講評			
<p>ケアプランは更新ごとに回覧し、全職員が理解して支援できるようにしている</p> <p>ケアプランが更新された時、申し送りノートに新しいケアプランを回覧することを記載し、職員全員が確認し、共通の理解を持って支援できるようにしている。加えてケアプランを「目標・過ごし方、身近な目標、日々の活動内容、留意点」に分け、実際のケアに活かしやすいようにわかりやすく一人ひとりの写真と共に書いた一覧表を貼り出して、職員がいつでも確認できるようにしている。ケアプランに沿った支援ができたかどうかは介護支援システムに記入し、できていない場合はその理由を職員に確認して、次回のケアプランに活かすようにしている。</p> <p>日頃の言動から利用者の変化に気づき、気持ちを読み取れるように努力している</p> <p>管理者、ケアマネジャー、ユニットリーダーの3人で入居前に自宅に訪問し、利用者の生活状況、生活歴、趣味、特技等を聞き取り「アセスメントシート」に記入した上でケアプランを作成し、利用者が円滑に新しい生活に馴染めるようにしている。いつもは喜んでしている仕事なのに「やりたくない」との発言があった時などは無理強いせず、「なぜだろう」と思いを巡らし、日頃の言動から利用者の気持ちを読み取るように心掛け、意思の確認が困難な利用者でも様子や表情を見て意向を汲み取るように努力している。</p> <p>朝礼や申し送りノート、職員会議などで利用者状況を職員間で連携して支援を行っている</p> <p>朝礼は夜勤、日勤、早番職員に加えて管理者、ケアマネジャーも参加して利用者状況を連携し、支援している。申し送りノートや月1回の全体会議、ユニットミーティングや、リーダー職員会議でも職員間で利用者の情報を共有している。介護支援システムはいつでも職員間で閲覧できるようにしている。ケアプランを見直す際は、サービス担当者会議(家族、利用者、ケアマネジャー、居室担当者)で連携を図り、見直したケアプランは、職員に周知している。ユニットの掲示板には、当日の職員の名前を記入し、職員体制を分かるようにして支援している。</p>			

2 評価項目2

利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 食事に関する一連の作業等利用者の生活場面では、利用者の主体性と能力を活かして支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の心身の状況に応じて、生活するうえで必要な支援(食事や入浴、排泄等)を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 各種手続きや買い物等日常生活に必要な事柄について、利用者本人による実施が困難な場合に代行している	○非該当

評価項目2の講評

生活における自分の作業を「役割」として主体的に行えるような支援の工夫が求められる

食事は法人本部で手作りされた物が真空パックや冷凍で届き、ごはん、みそ汁、副菜1品はグループホームで作っている。お盆、食器拭き、茶碗洗い、テーブル拭きを利用者の状態に合わせて行っている。週に1回程度は職員と利用者で近所のスーパーまで食材の買い物にも出かける。モップでの掃除やベランダでの洗濯干し、洗濯たみは職員も付き添い行っているが、利用者個々が「役割」として主体的に行えるような支援の工夫が求められる。野菜作りなどを検討しているので、農作業など経験がある利用者には「役割」として主体的に活動してもらえるとよい。

それぞれの心身状況に合わせ、食事、入浴、排泄などの支援をしている

食事はできるだけ自分で食べてもらうことを基本に考え支援している。実践例として、スプーンを使用しても自分で食べられなかった利用者が、職員の発案で箸を持って食事をして貰ったところ、自分で食べられるようになっていく。入浴は水虫のある利用者は足浴にしたり、入浴拒否のある人は時間をおいて対応したりしている。現在は該当する利用者はいないが、歩行が困難な利用者にはリフト浴で支援ができる。リハビリパンツを使用している利用者のトイレ介助では、利用者の気持ちに配慮し、後ろ側から手伝っている。

利用者の希望を聞きとり買い物代行したり、各種手続きも代わりにしている

各種手続き、買い物は基本的に家族対応で行って貰うが、難しい場合には利用者、家族の了解の元に、意向を聞き取ったうえで職員が代行している。日用品については利用者と一緒に近所のドラッグストアに買い物にも行っている。利用者から「～という雑誌が読みたい」との要望を受けて職員が購入してきたこともある。来診以外の病院に通う場合でも、家族の付き添いが困難な場合には職員が同行することもある(有料)。料金についてはグループホームが立て替え、後日請求することになっている。

3 評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
-----------------------------------	--	----------

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 日常生活の中で、利用者一人ひとりの状態に応じて身体を動かす取り組みを工夫している	○非該当
●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、医療機関等と速やかに連絡できる体制を整えている	○非該当

評価項目3の講評

内科医、医療機関の受診や市の健康診断を全員が受けるなど、健康管理に努めている

入居前に病歴、身体状況などを聞き取り、入居後も継続して健康状態を維持できるように努めている。内科、歯科のほか眼科、精神科の医師の定期的な来診があり、健康管理に努めている。特に内科医はグループホームの法人理事長であるため連携が取りやすくなっている。利用者、家族の希望があれば在宅時にかかりつけであった病院に継続して通院できるように配慮している。朝、入浴前のバイタルチェックのデータは一覧表にして医師に情報提供し、利用者の体調変化を知らせている。本年度は市の健康診断を全員受けている。

日常生活の中で、できるだけ身体を動かすように取り組んでいる

みんなの体操(DVD)、ラジオ体操は職員と共に行うようにしている。食事の前には口を大きく開けて「バタカラ口腔体操」を行ったり、みんなで歌を唄ったりして嚥下状態の維持に努めている。日常生活の中でモップで掃除をしたり、ベランダに洗濯ものを干したり、取り込んでたたんだり、自然に身体を動かすことで健康的な生活が送れるように支援している。事業所は「利用者が希望している場合でも外出が難しいこともあったが、今後は活動量を増やして健康増進に努めたい」との意向がある。

配薬マニュアルを見直し、チェック体制を強化し、医療機関とも迅速に対応している

服薬は間違いがないように配薬マニュアルの見直しを行い、日付、名前、本人に確実に渡したかを職員2人でチェックし、本人の目の前で薬袋を読み上げ、確認してから内服するようにしている。急な体調の変化には来診の医師、看護師に24時間連絡がつくようになっている。利用者が入院した時には円滑に入院生活が送れるように「連携シート」に利用者の情報を記入して病院に渡している。定期的に面会に訪れ、リハビリの様子を見て退院後の支援を検討したり、退院前カンファレンスに参加してスムーズに日常生活に戻れるように配慮している。

4 評価項目4 共同生活が楽しく快適になるよう工夫している		評点(〇〇〇)
----------------------------------	--	---------

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当
●あり ○なし	3. 居室や食堂などの共用スペースは、利用者の安全性や快適性に配慮したもとなっている	○非該当

評価項目4の講評

お互いが無理なく、楽しく関わられるように工夫している

食事や趣味活動ではお互いが無理なく、楽しく関わられるように、職員が気が合いそうな利用者同士を隣席にするなどして、自然に利用者同士で会話ができるように工夫している。日々の様子を見ながら席替えもしている。ジグソーパズル、かるた等利用者同士が関わられるようなレクリエーションを行っている。また、みんなで協力してちぎり絵で季節のカレンダーを作ったり、ギョウザをホットプレートで焼いてみんなで食べたり、イベントの写真をたくさん切って大きな紙に貼ったりと、共同作業を楽しんでいる。

取り決めた範囲内で、利用者の意向に沿った支援をしている

「他の利用者に迷惑を及ぼす行為」でない限りは、利用者の意向を尊重し、事業所、利用者、家族の話し合いで取り決めた範囲であれば利用者のしたいことや思いを尊重している。例えば、たばこの好きな利用者は決められた場所での喫煙を楽しんでいる。10時や3時のお茶は事前に好みを聞いておき、苦手なものは出さないようにしている。イベントの時にはビールなども好みに応じて提供している。携帯電話の利用も自由にできたり、利用者の行動もできる限り規制しないようにするなど、利用者の気持ちに沿うように支援を行っている。

リビングは足元が暖かい床暖房で、自由に動けるスペースも確保している

車椅子、歩行器、杖を使用している利用者でも自由に動けるスペースを確保するために、動線にはなるべく物を置かないようにし、テーブル、ソファの位置等も邪魔にならないように、安全性に配慮している。カウンターキッチンのため職員はリビングの利用者の様子を見守りながら調理できるようになっている。また漂白剤等は利用者の手が届かない場所に収納し、安全性を確保している。リビング、居室の掃除は利用者と一緒にこない、トイレ、風呂の掃除は職員がしている。リビングは床暖房で足元が冷えやすい高齢者に優しい作りになっている。

5 評価項目5

事業所と家族等との交流・連携を図っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 家族や利用者の意向を考慮して、家族等が参加できる事業所の行事を実施している	○ 非該当
◎あり ○なし	2. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○ 非該当
◎あり ○なし	3. 家族等が事業所等に対し、意見や要望を表せる機会を設け、それらを活かした支援を行っている	○ 非該当
◎あり ○なし	4. 重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、事業所でできることを説明しながら、方針を共有している	○ 非該当

評価項目5の講評

季節が感じられる行事に加え、今年から「家族会」も開催し交流を深めている

桜の花見、端午の節句、七夕、流しそうめん、敬老会、紅葉狩り、クリスマス会、初詣、節分、ひな祭りなど、昨年と同様に季節を感じられる行事をほぼ毎月開催している。外出行事は家族も一緒に出掛け、概ね10家族程度が参加している。近隣のデイサービスでのコンサート、法人本部で行われるコンサートや祭りにも出掛けている。家族から提案があり、今年度から家族会を行事の後に開催している。10家族の参加があり、家族同士で和やかに歓談し、日頃できない交流や、情報交換の機会が持てたので、今後も継続していく予定である。

「お便り」と写真を家族に送付し、家族などからも要望を聞いている

健康面や日常の様子などを毎月お便りにして家族に送付している。他に体重や、職員が気づいたことも記載している。行事や日常の様子を写した利用者の写真が廊下や、リビングの壁に多数貼り出しており、その中から選んだ写真を同封することで日常生活を知ってもらい、家族に安心してもらえるように工夫している。要望や意見を表せる機会としては面会時や運営推進会議などがあり、家族の要望の中から「家族会」の開催の提案があったため、家族の協力も得て今年度から実現でき、10家族が参加している。

いずれ訪れる重度化、終末期に備え、重度化対策(看取りケア)に取り組んでいる

事業所では看取りも行っており、昨年度は「看取りケア計画書」に基づいて1名の看取りを行った実績がある。いずれ訪れる「重度化、終末期」に備え、「重度化対応(看取りケア)に関する指針」に基づき、入居契約時に「重度化対応(看取りケア)意向確認書 兼 指針内容同意書、実施同意書」「急変時における救命医療・延命等に関する意思確認書」に記入して貰っている。看取り体制が必要になった時には意向の再確認をするが、開設3年目に入り、改めて利用者や家族に対し意向の聞き取り、更新を検討している。

6 評価項目6 利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	○非該当
◎あり ○なし	4. 運営推進会議で話し合われた意見を活かして支援を行っている	○非該当
◎あり ○なし	5. 区市町村や地域包括支援センターと日頃から連絡を取り、協力関係を築きながら支援を行っている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>地域の情報を集め、参加し、新しく近隣の清掃活動も開始している</p> <p>入会している町内会の回覧物や、あんしん相談室からの情報、隔月に開催する運営推進会議の参加者から地域のイベント等の情報を収集している。その中から利用者が参加できる行事をピックアップして職員や家族と参加している。加えて法人本部からも本部でおこなわれるイベントの情報を集め、コンサート、祭りにも参加している。近隣の美化に協力できればと事業所周辺の清掃活動を昨年末から行っているが、地域住民との交流、つながりを増やすところまでは実現できていないので、今後はもっと情報収集し、地域との交流を深めていくことを検討している。</p> <p>地域行事の参加、買い物、ボランティアの受け入れなど地域交流に取り組んでいる</p> <p>地域住民との交流を増やせるように地元で催される夏祭り、防災訓練、どんど焼きに利用者、家族と一緒に参加している。地域で行われた防災訓練も参加している。近所のあんしん相談室で主催される集まりにも参加している。週1回程度、利用者と地元のスーパーやドラッグストアに買い物に行ったり、大正琴、フラワーアレンジメント、手芸、オセロの相手等のボランティアの受け入れもしている。より地元との交流を広げるために、今後は地域の児童施設や他団体との交流を検討している。</p> <p>あんしん相談室との協力体制や運営推進会議、グループホーム連絡会と意見交換している</p> <p>あんしん相談室と連携を取り、事業所正面に「トイレ・散歩の途中でトイレに困ったらお寄りください」の掲示物や、認知症サポーター養成講座のチラシの掲示、チラシを置き地域住民に知らせている。隔月に運営推進会議(自治会や民生委員、老人クラブ代表、包括支援センター、家族代表参加)を開催、地域における事業所の役割を知って貰えるように情報発信し、地域行事等の情報も収集している。事業所での事故報告を行い再発防止の意見をもらっている。市内グループホーム連絡会と意見交換や包括支援センターでの「地域ケア会議」にも参加している。</p>		

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	8/9
1 評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている			
		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある		○非該当
2 評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている			
		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している		○非該当
●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている		○非該当
3 評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる			
		評点(〇〇〇〇●)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている		○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている		○非該当
○あり ●なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している		○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる		○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる		○非該当
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p>契約時に苦情解決制度の説明をし、家族の意向や要望には可能な限り応えている</p> <p>重要事項説明書に苦情相談窓口を明記し、契約時に利用者・家族に苦情解決制度の説明をしている。外部窓口として、行政窓口の記載と第三者委員の明記もあるとよい。ケアマネジャーは、家族との連絡を密に取って、家族からの意向や要望の把握に努めている。利用者・家族からの要望などがあつた場合には他職員と連携して可能な限り対応している。利用者調査の「不満や要望は対応されているか」についても、家族からの「はい」の回答が82%と高い。苦情や問い合わせがあつた際には、「苦情受付」に記録し、職員間で共有して業務に活かしている。</p> <p>利用者の行動制限をしない方針を掲げ、不適切なケアの防止に取り組んでいる</p> <p>重要事項説明書の運営方針に「利用者の行動を制限する行為は極力行いません」と明記し、基本方針として身体拘束ゼロの介護を目指し、不適切なケアの防止に取り組んでいる。昨年度、「木曾東グループホーム園・身体拘束廃止に関する指針」を策定し、身体拘束適正化委員会も設置している。職員に身体拘束をしないケアの考え方や知識を深めるため、研修会を年2回実施している。また、検討会を年4回開催して、身体拘束や不適切なケアがにつながらないようにしている。不適切なケアなどが見受けられた場合は、管理者の聞き取りや面談を実施している。</p> <p>事故・感染症・侵入・浸水のリスク対策をしているが、BCPの策定は検討中である</p> <p>事故に関しては、事故報告書等を活用、再発防止に取り組んでいる。感染症対策は来訪者に消毒用アルコールの手洗い、うがいを注意喚起し、各ユニットには電解水使用の加湿器を設置、テーブルや手すりも電解水を使用して清潔保持に努めている。侵入対策は敷地内に防犯カメラを設置している。大規模災害に備え、野外倉庫に食料備蓄をしている。事業所のリスクの優先課題に、洪水ハザードマップによる近くの河川増水の浸水とし、利用者として2階に避難訓練を行っている。BCP(事業継続計画)は法人が着手しているので、事業所も含めた策定に期待したい。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-1	認知症対応型共同生活介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている
タイトル①	利用者個々のケアプランを可視化して、共通の理解を持って支援できるようにしている	
内容①	職員が、利用者のケアプランに基づき共通の理解を持って支援ができるように、利用者の一人ひとりの顔写真を付け、それぞれのケアプランの「目標・過ごし方、身近な目標、日々の活動内容、留意点、その他(生活歴や好きなこと等)」に分けて大きな一覧表を貼りだして、どの職員も目で確認して支援ができるようにしている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-5-1	利用者のプライバシー保護を徹底している
タイトル②	「個人情報に関する誓約書」を整備、利用者調査の「プライバシー保護」の満足度も高い	
内容②	法人で「特定個人情報等の適正な取り扱いに関する基本方針」を定め、全職員に周知徹底することや従業員の教育、啓発に努めることを明記している。事業所の「職員の心構え」にも個人情報の守秘義務を明記し、「個人情報に関する誓約書」を整備して職員、ボランティアから提出を求め、守秘義務の保持を徹底している。利用者・家族には、契約時に個人情報の利用目的や提出先を説明し、「個人情報提供同意書」を得ている。今回の利用者調査の「利用者のプライバシーは守られているか」の項目は、満足度が100%と大変高くなっている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	利用者保護(2)	虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている
タイトル③	虐待防止対策に組織として一丸となって取り組んでいる	
内容③	事業所の基本方針に「私たちは身体拘束ゼロの介護を目指します」を掲げ、さまざまな取り組みをしている。「木曾東グループホーム園・身体拘束廃止に関する指針」を策定して、身体拘束適正化委員会(管理者、ケアマネジャー、ユニットリーダー、看護師で構成)を設置し、検討会を行っている。職員研修に「虐待の芽チェックリスト」を事前に配布してグループワークをしている。年度途中入職した職員には、研修後、作成した確認書で理解度を図っている。また、職員のメンタルヘルスの配慮として、非常勤も含め職員のストレスチェックを実施している。	